

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

N° 463

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis, Ange, Charles RIVES

Né le 3 Février 1924, à ALGER (Algérie)

présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU BEC DE LIEVRE INFÉRIEUR**

Président : Monsieur P. LANTUEJOL (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Louis, Ange, Charles RIVES

né le 3 février 1924 à Alger (Algérie)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--



CONTRIBUTION A L'ETUDE DU

BEC DE LIEVRE INFERIEUR

--

Président : Monsieur P. LANTUEJOUL (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545923_0004

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR..... Jean VERNE

I. PROFESSEURS

	MM
Anatomie.....	CORDIER
Anatomie pathologique.....	DELARUE
Bactériologie.....	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education) phys. et aux Sports.....	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale.....	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale.....	BERNARD J
Carcinologie.....	N.
Chimie M ^{al}	JAYLE
{ Hôtel Dieu.....	BROCC
{ Broussais.....	G.d'ALLAINES
Clinique Chir. { Salpêtrière.....	MOULONGUET
{ Cochin.....	QUENU
Clinique Chir. réparatrice et orthop. }.....	{ MERLE d'AUBI-
	{ GNE
Clinique de Cardiologie.....	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MONOD
Clinique de la Tuberculose.....	BERNARD Et.
{ Clinique de neuro-chir.	{ PETIT-
{ Clinique de Puéricult.	{ DUTAILLIS
{ Clinique des maladies cutanées et syphilitiques }.....	{ LELONG
{ Clinique des mal. du sang.....	{ DEGOS
{ Clinique mal. du système nerv.	{ CHEVALLIER
	{ ALAJOUANINE

Clinique des maladies des e. i.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales } et de l'encéphale }	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition }	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO BARIETY
Cliniques Médicales	J. BESANÇON MOREAU de GENNES
Clinique méd. hydro-climat. thér.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR V.-R. LANTUEJOUL
Cliniques obstétricales	VARANGOT LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOUILLIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JC ANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MECKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HALARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	CURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II. — PROFESSEURS SANS-CHAIRE MAÎTRES DE CONFÉRENCES-AGREGÉS ET AGREGÉS

MM.		MM.	
Anatomie	(CABROL	Pat. Chir.	(DUBOST
	(DEBEYRE		(FAUREL
	(DELMAS		(FLABEAU
	(OLIVIER G.		(GERMAIN
Ana. Path.	Melle GAU-	Pat. expé-	(GOSSET
	(THIER V.		(LAURENCE
	(BUSSER		(LORTAT-JACOB
Bactério- logie	(GOUYGOU		(MATHEY
	(CHRISTOL	Pat. expé-	(OLIVIER (Cl)
Bioi. méd.	(NEVOT		(POILLEUX
	(BOURLIERE		(THOMERET
Chimie méd.	(ETTORI		(VERNE (J M)
	(POLONOVSKI J	riment.	(MAURICE
Dermato-syphil.	(DUPERRAT		(LOEPER
Embryologie	(TUCHMANN		(BOUVIER
Histologie	(BULLIARD		(BOUDIN
	(COUJARD	Pat. méd.	(ERICAIRE
	(N...		(BRISSAUD
Hydrologie	(CORNET		(CASTAIGNE
	(BOYER		(CONTE
Hygiène	(DEPARIS		(DEROT
	(BASTIN	Pat. méd.	(DOMART
Mal. infect.	(DEROBERTE		(LAMOTTE
Médecine)	(GAULTIER		(LAROCHÉ
légale et	(HADENGUE		(MACREZ
du Trav.)	(DAVID	Pédiatrie	(MILLIEZ
Neurochir.	(LHERMITTE		(PEQUIGNOT
Neurologie	(GRASSET		(PERRAULT
	(LE LORIER		(RAMBERT
	(LEPAGE	Pharmacol.	(ROYER
	(MERGER		(THIEFFRY.
Obstétrique	(MORIN		(TURIAF
	(RAVINA		(WOLFRAMM
	(ROBEY	Pneum. ptis.	(JOSEPH
	(BREGEAT		(POLONOVSKI Cl.
Ophtalmo-)	(DESVIGNES		(MOZZICONACCI
logie)	(JUDET		(Melle LEVY
Orthopédie	(AUBRY	Physiol.	(CHEYMOL
Oto-rhino-)	(MADURO		(BARGETON
laryngo.)	(BRUMPT		(DEJOURS
Parasito.	(CHABAUD		(PARROT
Parasito.col.	(ABOULKER	Physique	(DJOURNO
	(BARCAT		(GOUGEROT
	(BAUMANN		(KREIS
	(CAUCHOIX		

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK PICHOT	Stomato	{ CHAPUT- Mme CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.-- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.-- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique ch	{ AMELINE	Urologie	COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
	{ PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique m ^é	{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique)	{ ECALLE		{ MARCHAL
obstét.)	{ MAYER		{ SOULIE
Clinique)	{ OFFRET		
ophtal)	{ RENARD		

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
Bibliothécaires. Melles DUMAITRE
LE NOIR
METIN
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère

A mon Père, le Docteur J.B. RIVES

En les remerciant pour ces
longues études.

A ma Soeur et à mon Beau-Frère,

A mon Frère et à ma Belle-Soeur

A mon Frère, le Docteur Jean RIVES

Assistant des Hôpitaux

Dont l'exemple et les leçons
nous ont été précieux.

A tous nos Parents

A tous nos Amis

Il n'est point besoin de dire
ici tout ce que je dois à
ceux que j'aime.

Je tâcherai de ne pas décevoir
la confiance qu'ils m'ont
accordée.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur P. LANTUEJOUL

Professeur d'Obstétrique à la Faculté de
Médecine de Paris
Chef de Service de la Clinique Tarnier
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand
honneur de présider cette
thèse, nous a ouvert avec
bienveillance son service.

Qu'il veuille trouver ici un
hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur GIROUD

Professeur d'Embryologie à la Faculté
de Médecine de Paris

C'est à ses conseils et à son
aide que nous devons d'avoir
mené à bien ce travail.

A Monsieur le Professeur M. DECHAUME

Professeur de Clinique Stomatologique à
la Faculté de Médecine de Paris

Qui a fait preuve envers nous
d'une grande bonté et d'une
grande compréhension, dont
nous ne lui serons jamais
assez reconnaissant.

En remerciement de son enseigne-
ment dont nous espérons rester
digne.

A Monsieur le Professeur PERI

Professeur de Clinique stomatologique à la
Faculté de Médecine d'Alger

A qui nous devons l'orientation
de notre carrière.

Qu'il veuille trouver ici
l'expression de notre reconnais-
sance pour l'intérêt et le soutien
qu'il n'a jamais cessé de nous
accorder.

A Monsieur le Docteur Jean CAUHEPE

Stomatologiste de l'Hôpital Bretonneau

Avec toute notre reconnaissance
pour l'enseignement qu'il
nous a prodigué et l'accueil
bienveillant qu'il nous a
toujours réservé.

A Monsieur le Docteur P. PETIT

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul

Qui nous a aidé dans ce travail.

A Monsieur le Docteur J. RECAMIER

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel

Qui a si gracieusement mis sa
compétence à notre disposition.

A Messieurs les Docteurs BEAL

LACAISSÉ

LATTES

LEPOIVRE

RAISON

VRASSE

Stomatologistes des Hôpitaux

Ils nous ont fait profiter de
leur expérience.

Qu'ils en soient remerciés et
trouvent ici l'expression de
notre reconnaissance.

A tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine
de Paris,

A tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine
d'Alger

A nos Maîtres et professeurs de l'Institut de
Stomatologie.

Qu'ils veuillent trouver ici
le témoignage de notre
gratitude.

A notre Jury de Thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
BEC DE LIEVRE INFERIEUR

-:-

INTRODUCTION

--:-

Il est classique de distinguer le bec de lièvre congénital et le bec de lièvre acquis.

Nous consacrerons notre étude uniquement aux fissures congénitales de la lèvre inférieure.

Cette malformation est très rare. Bien des auteurs même n'en font pas mention dans leurs traités. BOYER écrit dans son traité des maladies chirurgicales : "On ne sait pas pourquoi le bec de lièvre congénital n'attaque pas la lèvre inférieure". CRUVEILHIER lui-même affirme : "Il n'existe pas d'exemple authentique de division congénitale de la lèvre inférieure et de l'os maxillaire inférieur, bien que ce dernier os se développe par deux points d'ossification latéraux".

Nous sommes actuellement très éloignés de cette affirmation de CRUVEILHIER et c'est au début du XIXème siècle que les premières observations relatives à cette pathologie bien particulière furent communiquées. Elles demeurent toujours rares par rapport au bec de lièvre supérieur. Ces observations étaient jusqu'en 1909 éparses, et l'on doit à BATTESTI le mérite de les avoir réunies à cette époque. Nous nous proposerons dans notre travail de les reprendre, d'y adjoindre celles qui sont postérieures à cette étude et d'apporter 4 nouveaux cas.

Quelques auteurs, RICHER et LANNELONGUE par exemple rapprochaient du bec de lièvre congénital de la lèvre inférieure certaines malformations paramédianes de la lèvre. BERAUD, RICHER, MURRAY, LANNELONGUE, REDARD, puis plus près de nous, CRAUSTE, DAVIS et VEAU et tout dernièrement PAPILLON-LEAGE et PSAUME ont fait des observations du même genre. Elles se rapprochent de notre travail du point de vue embryologique, elles en débordent pourtant le cadre. Ces divisions sont paramédianes, le bec de lièvre inférieur est une division médiane.

Nous nous proposons de brosser un aperçu histologique de la question, de consacrer un chapitre important à l'embryologie, à l'étiopathogénie de cette affection, en nous étendant à ce propos sur les récentes expériences effectuées au laboratoire du Professeur GIROUD. Nous envisagerons ensuite les formes anatomocliniques. Nous voudrions notre étude complète, en y adjoignant un chapitre de diagnostic et nous terminerons sur un plan de traitement.

HISTORIQUE

--

On est étonné de voir désignée cette fissure congénitale de la lèvre inférieure sous le vocable de bec de lièvre inférieur. Cette dénomination devrait être réservée à la fissure médiane de la lèvre supérieure, par analogie avec le sillon observé chez le lièvre ou d'autres animaux, tels que le lapin. Mais comme l'écrivait lui-même aussi BATTESTI, nous penserons avec M. BROCA "qu'il est inutile de lutter contre une habitude de langage solidement établie". Nous suivrons donc l'usage et nous utiliserons nous aussi cette expression peut-être si mal employée.

C'est en 1819 que COURONNE fait paraître la première observation dans les Annales de la Société de Médecine de Montpellier. Elle est très vague.

Peu après, des EPHEMERIDES DES CURIEUX DE LA NATURE, MECKEL extrait une observation, dont la valeur fut d'ailleurs mise en doute, étant donné le peu d'authenticité de l'oeuvre dont elle était tirée.

En 1822, NICATI rapporte un cas intéressant. C'est LITH DE JEUDE, alors directeur de l'Ecole Vétérinaire d'UTRECHT, qui le lui avait communiqué. Il s'agissait d'un foetus qui présentait une division de la lèvre inférieure sans division mandibulaire.

En 1826 , PETIT fait le sujet de sa thèse

inaugurale de STRASBOURG d'une division de la lèvre inférieure.

En 1840, BOUISSON, dans le Journal de la Société de Médecine de MONTPELLIER décrit un foetus du Musée Anatomique de STRASBOURG.

En 1862, c'est à PARISE que l'on doit l'observation la plus détaillée jusqu'alors.

En 1868, FAUCON décrit les fissures congénitales de la lèvre inférieure.

En 1875, VERNEUIL écrit sur le même sujet.

En 1879, LANNELONGUE rapporte une longue observation à la Société de Chirurgie.

Puis, les publications se succèdent à un rythme plus accéléré.

- En 1881, HAMILTON.
- En 1882, THORNDICKE
- En 1890, WOELFLER
- En 1900, FORGUE de MONTPELLIER en a observé un cas,
- En 1909, BATTESTI écrit une thèse sur notre sujet et apporte une nouvelle observation, due à l'obligeance de REDARD.

Aux huit observations réunies par BATTESTI, à celle qu'il a apportée, nous joignons les 10 cas rencontrés plus près de nous. Pour certains d'entre eux, il ne nous a pas été possible de recueillir les observations. Nous en donnerons les références :

- En 1915 par KEITH
- En 1925 par MORTON et JORDAN
- En 1934 par LEHRFELD
- En 1937 par SCHIEGNER

- En 1941 par SACKERS
- En 1950 par KAZNJIAN
- En 1956 par SANVENERO-ROSELLI qui en a observé 3 cas
- En 1956 par LORENZO.

A notre tour, nous apportons 4 nouvelles observations - dues :

à l'obligeance du Professeur LANTUEJOUL. Ce cas est très récent, l'enfant est né à la Clinique Tarnier.

à P. PETIT qui nous a confié une observation recueillie à l'Hôpital St-Vincent de Paul,

C'est à RECAMIER et FLORENTIN que nous devons deux observations réunies à l'Hôpital Saint-Michel.

Nous présentons donc 23 observations.

FORMES ANATOMO-CLINIQUES

-:-

Siège de la lésion : La fissure congénitale est à la lèvre inférieure toujours médiane. Elle répond à la symphyse mentonnière. Son siège est en rapport avec l'embryologie qui nous apprend que dans des conditions normales de développement la réunion des deux bourgeons maxillaires inférieurs se fait sur la ligne médiane. Elle ne siège donc et ne peut siéger à aucun autre endroit s'opposant en cela aux autres malformations paramédianes des lèvres et du frein de la lèvre inférieure.

Degrés de la lésion : Nous pouvons envisager trois différents degrés qui du bec de lièvre le plus simple jusqu'au bec de lièvre total se présentent de la façon suivante. Ils sont superposables à ceux observés au maxillaire supérieur.

Le premier degré :

Il s'agit d'une simple anomalie de profondeur du sillon qui apparaît ordinairement sur la lèvre inférieure à sa partie moyenne.

Ce sillon présente un relief plus accusé, la dépression est plus accentuée.

Nous pouvons voir là une simple ébauche de bec de lièvre, BECLARD et d'autres anatomistes l'ont signalée. Nous l'avons rencontrée nous-même, mais concomitante au maxillaire supérieur dans une de nos observations, dont nous publions une photo.

Le deuxième degré :

C'est le bec de lièvre simple, il se limite à la solution de continuité plus ou moins prononcée de la lèvre inférieure.

La lèvre peut être fendue uniquement dans sa partie supérieure, ne présentant alors qu'une simple encoche, cette fente peut se prolonger sur toute la hauteur de la lèvre, très souvent elle descend jusqu'au niveau du menton, plus rarement jusqu'à la région sus-hyoïdienne.

La fissure labiale est en forme de V à base supérieure, elle est toujours médiane. Les bords sont recouverts d'une muqueuse de couleur rosée du même aspect que celui des lèvres. Ils sont lisses, arrondis, éversés en dehors. A chaque angle des hémilèvres, et des bords de la fissure, on peut distinguer un tubercule arrondi.

Les deux berges des lèvres sont réunies par un tissu cicatriciel.

Pendant les cris, les bords des hémilèvres s'écartent et ils se rapprochent pendant la succion et épousent la forme de la tétine ou du doigt introduit dans la cavité buccale. La succion est toujours possible, mais on peut voir dans bien des cas un écoulement incessant de salive.

Le troisième degré :

C'est le bec de lièvre total. Les lésions intéressent la lèvre inférieure, mais aussi le maxillaire lui-même. Ici encore l'étendue des malformations est plus ou moins importante. Le rebord alvéolaire peut seul être atteint et

présenter une simple encoche où la fissure est complète, suivant la symphyse mentonnaire.

Les deux fragments maxillaires sont très mobiles dans le sens vertical et dans le sens antéro-postérieur. Les germes dentaires sont souvent en nombre normal, mais dans la plupart des cas les incisives centrales sont situées aux angles mêmes de la division.

Les deux hémimaxillaires sont d'ordinaire reliés entre eux par un pont de tissu fibreux, dont l'extension peut être plus ou moins importante. Nous reviendrons sur l'étendue de ce tissu fibreux au moment où nous étudierons les complications.

Dans la plupart des cas, la langue est fixée au plancher, elle est divisée par un sillon ou même bifide, elle se prolonge par un double frein qui vient se fixer au tubercule arrondi, rencontré sur chaque angle de la division labiale.

Les canaux de sténon ne présentent en général pas d'anomalie.

Complications : Au deuxième et troisième degré surtout s'ajoutent très souvent d'autres malformations plus ou moins étendues.

Prolongement du tissu fibreux : Nous insistons particulièrement sur l'extension de cette masse qui sépare les deux hémimaxillaires. Nous la rangeons dans ce chapitre, car si dans les divisions de l'os ce tissu fibreux existe toujours, si ces prolongements vers la langue sont constants, les autres par contre ne le sont pas.

LANNELONGUE et WOELFLER ont individualisé ce tissu. Il est adhérent aux extrémités

osseuses, il fixe la langue et se continue par une bride cervicale sous-cutanée. Cette bride est médiane. Elle peut se fixer à l'os hyoïde, au sternum, à la clavicule même.

LANNELONGUE écrit : "Il s'agit d'une bride indépendante de la peau, en tous points comparée à une lame aponévrotique, très épaisse, ayant deux bords et deux extrémités".

Citons OMBREDANNE : "Cette lésion paraît représenter un tractus congénital qui se constitue entre l'extrémité antérieure du premier arc branchial et la région précordiale, à l'époque où les deux formations sont au contact."

RECAMIER et M. FLORENTIN ont particulièrement insisté sur cette formation, c'est pour eux un véritable "mur fibreux".

Tumeurs des maxillaires (Observation de LANNELONGUE).

Affections congénitales associées : Elles peuvent être multiples, fréquemment associées. Citons celles rencontrées dans les observations :

- Bec de lièvre supérieur ou ébauche seulement (observation de P. PETIT)

- Malformations nasales (observation de RECAMIER)

- Raccourcissement de la division interdigitale (observation de SANVENERO-ROSELLI)

- Pied bot (observation d'HAMILTON)

- Méningo-encéphalocèle postérieur (observation de SANVENERO-ROSELLI)

- Idiotie.

ETIO-PATHOGENIE

-:-

La pathogénie des becs de lièvre inférieurs est voisine de celle des autres fissures congénitales de la face. A différentes époques, on a maintes fois tenté d'élucider le problème. Nous apporterons une nouvelle théorie qui a le mérite de s'appuyer sur des expériences de laboratoire.

Il y a un siècle, ROUX écrivait dans la Pratique Chirurgicale : "Depuis longtemps, j'admets l'empire d'une grande perturbation morale de la mère sur le fœtus, je crois que de grandes secousses morales, des impressions vives éprouvées par la femme enceinte peuvent faire naître chez le fœtus peut-être certains naevi, mais plutôt encore des conformations bizarres ou insolites, des difformités proprement dites".

Nous ne pouvons nier l'influence du facteur psychique sur l'évolution d'une grossesse. C'est le domaine de la médecine psychosomatique. Nous connaissons bien le traumatisme psychique, ses troubles en chaîne et ses répercussions sur l'organisme. Il pourrait être la base, le point de départ de certaines théories que nous envisagerons. Mais faut-il que ce choc émotionnel ait lieu avant la réunion des deux bourgeons maxillaires inférieurs, c'est-à-dire avant le 42ème jour.

Théorie mécanique.- Pour mémoire citons ce qu'Ambroise PARE lui-même écrivait : "Quelquefois ces malformations viennent dès le ventre

de la mère, laquelle pendant la grossesse s'est tenue trop souvent assise les jambes croisées".

Des tumeurs, toute la pathologie amniotique, des traumatismes même peuvent entraver l'évolution normale des bourgeons maxillaires inférieurs.

Nous n'avons rencontré qu'une seule fois la présence de tumeur concomitante au maxillaire inférieur. Il s'agit du cas du malade de LANNELONGUE, dont nous publions plus loin l'observation. Cet enfant présentait bien à la naissance une tumeur au niveau de la division, cette tumeur était adhérente au plan osseux et provenait vraisemblablement d'un reliquat embryonnaire.

Certes, dans ce cas, la cause mécanique paraît indubitable.

C'est la seule observation que nous possédions de tumeur concomitante du maxillaire inférieur. Mais ne pourrait-il pas s'agir ici d'une pathologie surajoutée ?

Toujours dans la théorie mécanique, nous devons envisager le rôle joué par l'amnios.

C'est à Etienne GEOFFROY-ST. HILAIRE en 1840 que revient le mérite d'avoir le premier mis en lumière cette pathogénie. Mais elle fut longue à être admise et BOUISSON écrivait dans le Dictionnaire Encyclopédique : "Il faut vraiment porter le nom de Geoffroy-St-Hilaire pour mériter qu'une explication aussi embrouillée et aussi hypothétique soit encore rappelée."

C'est DARESTE qui devait apporter plus tard un démenti aux paroles de BOUISSON. Ses expériences ont confirmé la théorie émise par GEOFFROY -ST. HILAIRE.

Ernst LEHRFELD écrit en 1935 dans la Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift que certaines divisions de la face qu'il classe en "fentes à séparation" reconnaissant "une cause toujours externe, les enveloppes de l'oeuf, particulièrement l'amnios causent souvent des divisions par traction ou par ligature et ne sont pas forcément à l'intérieur des sillons embryonnaires, mais se produisent souvent tout à fait irrégulièrement dans la région de la face. Une certaine atrophie des parties tiraillées est compréhensible pour constater avec certitude une fente à séparation".

Plus près de nous, en 1952, BRINDEAU, LANTUEJOUL et CHAPPAZ, étudient les malformations d'origine amniotique. Ces auteurs pensent que des brides, des adhérences massives, des "amniotites" causées par intoxications diverses, maladies infectieuses, peuvent être la cause de ces malformations. Ils écrivent particulièrement à propos des brides : "... Elles peuvent avoir pour conséquence des fissures, en particulier à la face. Au niveau des doigts, des mains, des pieds, elles entraînent des sillons, des atrophies, des amputations congénitales".

Nous avons souvent observé des malformations associées, se localisant au niveau de la face ou des extrémités.

Mais il est aussi des troubles par rupture prématurée des membranes, BRINDEAU et LANTUEJOUL en ont présenté plusieurs observations. Dans deux cas, ces auteurs ont rencontré des fissures congénitales de la face, à savoir :

un bec de lièvre supérieur bilatéral et ailleurs, une section de la région antérieure de la face. Nous présentons nous-mêmes une observation, dans laquelle s'associe une amorce de bec de lièvre supérieur.

Nous devons aussi envisager un autre obstacle au développement du squelette du maxillaire inférieur. L'anatomie pathologique nous montre souvent la présence d'une bride. Nous nous sommes longuement étendu nous-même sur cette formation qui reliant la lèvre au maxillaire bifide s'insinuant dans cette fente, descend parfois jusqu'au sternum. N'y aurait-il pas là, dans cette véritable corde mento-sternale, un obstacle au développement de l'os qui s'atrophierait dans sa partie médiane ? Il semblerait alors qu'il y ait une analogie entre les becs de lièvre supérieurs et inférieurs et à ce propos nous nous devons de rappeler ce que VEAU écrivait au sujet du bec de lièvre supérieur : "Le bec de lièvre est la persistance d'un mur épithélial qui normalement devrait être effondré par le mésoderme au stade de 7 ou 10 mm" et plus loin : "Le fait capital est que la lèvre externe est fixée par une bride aboutissant à la partie antérieure de la lame palatine fondue..." - "... la peau seule est attirée par la bride qui fixe la lèvre au plan osseux..." - "... la bride se prolonge dans la profondeur et se continue sur le bord libre de la lame palatine."

Les traumatismes peuvent être envisagés, mais là encore faut-il que le choc extérieur se produise à une époque précoce au cours de la grossesse.

Si cette théorie ne semble pas a priori devoir être éliminée, elle paraît pourtant

sujette à caution.

Théorie héréditaire.— Dans quelques cas on a signalé le rôle de l'hérédité et ceci depuis la plus haute antiquité. Ambroise PARE l'avait aussi envisagée.

En 1883, LANNELONGUE écrivait : "C'est un fait établi par un nombre trop considérable d'observations pour qu'il soit possible de le nier, mais on est bien vite arrêté quand on cherche à en pénétrer le mécanisme. Tout se borne à la constatation du fait et la réalisation dans le produit des tendances héréditaires des parents".

KIRMISSON, LE DENTU, BROCA et REDARD reconnaissent la valeur de cette théorie. KIRMISSON pense de plus au rôle joué par la syphilis chez les parents.

Des auteurs étrangers se rallient à cette opinion à propos du bec de lièvre supérieur. SANDERS reconnaît cette théorie démontrée dans 45 % des cas. UEBERMUTH en 1938, qui avait réuni tous les cas de la littérature, l'admet comme valable dans 20 % des cas seulement.

Nous apportons de nouvelles observations, particulièrement les 4 plus récentes recueillies dans des hôpitaux parisiens. Jamais nous n'avons pu retrouver la notion de l'hérédité. Nous ne mettons pas en doute sa valeur, elle mérite notre attention.

Théorie de l'arrêt de développement.— La grande majorité des auteurs anciens se ralliait à la théorie de l'arrêt de développement.

Ambroise PARE il y a plus de 5 siècles considérait le bec de lièvre comme un "défaut de la force formatrice".

En 1818, le poète GOETHE y songeait.

Elle était admise en Allemagne par MECKEL, en France par BECLARD, BLANDIN et surtout GEOFFROY-ST. HILAIRE.

C'est CRUVEILHIER qui a le plus combattu cette théorie, mais depuis les travaux de COSTE il n'est plus possible de la mettre en doute.

Au début de notre siècle, DARESTE le premier reproduisait certaines monstruosité.

Citons encore Ernst LEHRFELD qui il y a 20 ans, en opposant l'étiologie mécanique des "fentes à séparation", à celle des "fentes à ralentissement" écrivait : "La division est à considérer comme une persistance de l'état embryonnaire et se tient strictement aux endroits de soudure des procès de la face... Ces divisions sont toujours causées par dérangements internes".

Mais certains expérimentateurs ont pu reproduire quelques malformations observées en clinique, mais uniquement au maxillaire supérieur par des agressions diverses. WOLF, plus tard FITZ MAURICE, utilisaient les rayons X, ANCEL des toxiques, INGALLS l'anoxie, LANDAUER l'insuline, FRASER et FAIBSTAT la cortisone. HAGSTROMER et DUMONT ont insisté sur le rôle tératogène de certaines infections telles que la rubéole.

Puis, ce furent les travaux sur les vitamines A et B2 et nous citerons quelques noms, ceux de HOUET de LECOMTE RANSIOUL, de

SONTAG, de HALE, du Professeur GIROUD et de LEFEBRES. Tous ces auteurs ont obtenu des fentes palatines, des becs de lièvre supérieurs, mais jamais de fissure médiane inférieure.

C'est en 1956 que nous devons aux travaux du Professeur GIROUD et de Madame MARTINET, travaux effectués au laboratoire d'embryologie de la Faculté de Médecine de Paris les premières réalisations du bec de lièvre inférieur par hypervitaminose A. Ils ont trouvé le rôle tératogène de la vitamine A à hautes doses.

Il nous a paru indispensable avant que d'aller plus loin dans notre travail, de faire un bref rappel embryologique de l'évolution de la face et particulièrement du maxillaire inférieur et de la langue.

Nous devons signaler dès maintenant que les troubles de l'évolution que nous rencontrons dans la fissure congénitale du maxillaire inférieur s'effectuent au niveau d'un espace minime. En effet, au stade où se produisent les perturbations, la zone intéressée représente quelques dixièmes de mm² environ.

La face se développe aux dépens du premier arc branchial et du bourgeon frontal.

Vers le 25ème jour de la vie embryonnaire, par conséquent sur un embryon de 3 mm, apparaît sur les deux parties latérales du premier arc branchial un bourgeon. Ce bourgeon se porte en haut et en avant. Nous assistons donc à une bifurcation du premier arc. Les deux branches supérieures et inférieures forment les bourgeons maxillaires supérieur et inférieur.

Ces deux bourgeons vont à la rencontre de leurs homologues du côté opposé sur la ligne médiane.

Le bourgeon frontal s'est développé, il surplombe en avant le futur orifice buccal et pose de chaque côté de la ligne médiane les deux bourgeons nasaux , interne et externe.

La future bouche réalise alors une ouverture transversale large. Elle représente une fissure médiane entre les deux bourgeons nasaux, interne et externe de chaque côté, au-dessous la large fente intermaxillaire.

Plus bas, sur la ligne médiane, une fente qui répond à la future symphyse du menton et qui sépare les deux bourgeons maxillaires inférieurs.

L'embryon est à ce stade au 25ème, 27ème jour.

Puis, les deux bourgeons maxillaires inférieurs vont à la rencontre l'un de l'autre pour se réunir sur la ligne médiane et limiter en bas l'orifice buccal. Cette coalescence s'effectue avant le 42ème jour de la vie embryonnaire.

Durant la vie extra-embryonnaire les deux hémimaxillaires sont séparés par une langue de tissu fibreux. La fente, distincte à l'examen radiologique, disparaît à un an environ.

Le premier arc branchial va former :

- le plancher de la bouche primitive,
- la mâchoire inférieure,

LEGENDE DES SCHEMAS

1, 2, 3 coupes sagittales et médianes intéressant la région du premier arc branchial.

- 1 - embryon à la VIIe semaine
- 2 - " " " IXe "
- 3 - " " " IXe " (zone labio-gingivale)

S.L.G. - sillon labio-gingival
B.M.S. - bourgeon maxillaire supérieur
L. - langue
L.D. - lame dentaire
Le. - lèvre
Ge. - gencive
P.D. - papille dentaire.

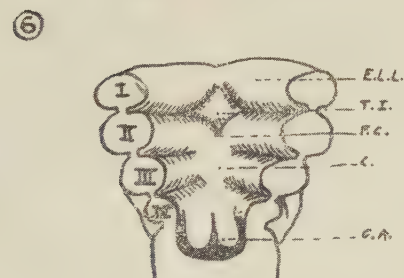
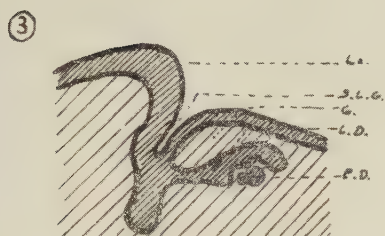
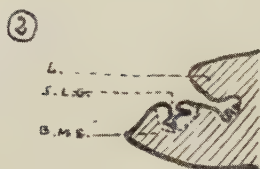
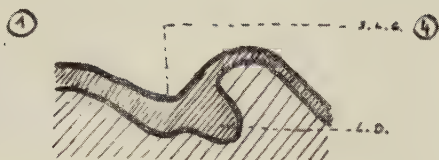
4 et 5 Région faciale - Développement des bourgeons maxillaires supérieurs et inférieurs.

- 4 - embryon au 26e jour
- 5 - embryon à la Ve semaine

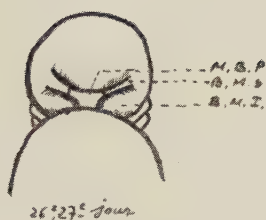
M.B.P. - membrane bucco-pharyngée
B.M.S. - bourgeon maxillaire supérieur
B.M.I. - bourgeon maxillaire inférieur
P.N. - placode nasale
St. - stomodeum

6 Développement des arcs branchiaux - formation du maxillaire inférieur et de la langue.

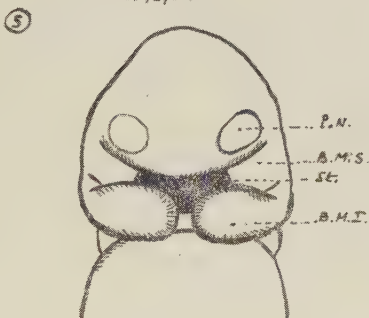
E.L.L. - ébauche latérale de la langue
T.I. - Tuberculum impar
F.C. - Foramen coecum
C. - copula
C.A. - Cartilage aryténoïde
E. - Epiglote



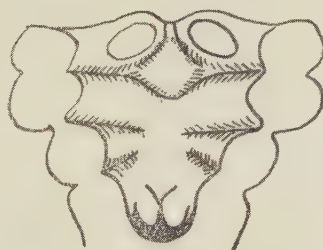
IX^e Semaine



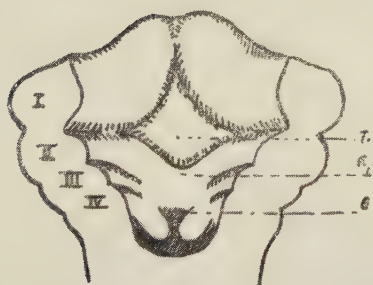
26^e 27^e jour



I^e Semaine



II^e Semaine



III^e Semaine



IV^e Semaine

- la lèvre inférieure,
- les muscles masticateurs,
- les deux tiers antérieurs de la langue (à l'exception du massif musculaire lingual qui proviendrait des somites occipitaux).

Envisageons maintenant la formation de la langue.

Elle naît aux dépens de trois ébauches et à ce propos le Professeur GIROUD écrit :

"Une ébauche antérieure médiane : tuberculum impar qui s'élève du plancher du pharynx primitif, en avant du sillon séparant l'arc mandibulaire de l'arc hyoïdien, complété latéralement par deux ébauches provenant de la partie interne de l'arc mandibulaire.

Deux ébauches postérieures (correspondant à l'arc hyoïdien et au troisième arc) dont la confluence précoce constitue la pars copularis. Elles donnent la partie postérieure de la langue (partie pharyngienne ou base de la langue). Le V lingual marque la ligne de confluence de ces ébauches, antérieure et postérieure ; le foramen coecum à l'angle du V indique l'emplacement de l'ébauche de la glande thyroïde.

De plus, le massif lingual ne provient pas du mésenchyme des arcs, mais des trois somites occipitaux qui émergent pour le constituer".

Dans les fissures congénitales des maxillaires inférieurs il s'agirait donc d'un arrêt de développement au niveau de la ligne médiane du plancher bucco-pharyngé.

Cet arrêt de développement s'effectuerait selon un plan médian en avant, en dessus et en

dessous du premier arc branchial. Précisons bien que cet arrêt de développement se situe uniquement au niveau du plan médian et que de ce fait tous les organes qui lui répondent seront anormaux. Par contre, en dehors tout est normal : les masses latérales de la langue ne sont pas atteintes, accentuant de la sorte le sillon ou la division, les deux hémilèvres ou hémimaxillaires sont indemnes de toute malformation. Ceci vient confirmer le fait que les troubles de l'embryogenèse se situent bien au niveau du plan médian.

Nous abordons maintenant les travaux publiés par le Professeur GIROUD et Mme MARTINET dans la Revue de Stomatologie en 1956. L'article avait pour titre : "Les malformations de la face et l'hypervitaminose A".

Les auteurs ont prouvé que l'excès de vitamine A, très tératogène, entraîne l'apparition de nombreuses anomalies : anencéphalie, spina bifida, anophtalmie ou microophtalmie et diverses malformations faciales.

Les expériences ont été réalisées sur la rate. La dose de Vitamine A administrée était de : 60.000 u.i. pendant trois jours consécutifs, dose très importante, puisque la dose normale est de l'ordre de 25 u.i. par jour.

Voici les résultats obtenus, résultats relatifs aux malformations faciales :

Fissures palatines.

Lorsque l'administration de vitamine A a lieu du 11ème au 13ème jour de la gestation, on obtient des fissures dans 92 % des cas.

Anomalies de l'oreille :

Absence d'oreille externe et présence d'appendice auriculaire.

Fissure médiane inférieure.

Citons intégralement le Professeur GIROUD et Madame MARTINET :

"La fissure médiane de la mandibule a été observée à la suite du traitement du 10ème au 12ème jour mais dans un petit nombre de cas seulement. La mâchoire inférieure se termine alors en avant par deux saillies libres. A leur intérieur se trouvent les incisives normalement développées. Similairement, la langue était divisée dans sa partie antérieure et ses deux pointes venaient apparaître entre les deux extrémités du maxillaire. L'étude des coupes a montré l'étendue de la malformation. Les deux masses linguales, droite et gauche, qui s'attachent respectivement à la mandibule du côté correspondant, restent séparées très longtemps, mais vers la région de la base elles viennent confluer à nouveau. Il y a donc simultanément dans ce cas une scission complète de toute la partie antérieure du plancher buccal, correspondant tout au moins à l'arc mandibulaire".

Les mêmes auteurs ont obtenu un cas comparable chez le cobaye.

Les malformations du maxillaire inférieur obtenues expérimentalement par hypervitaminose A à un stade très précoce de la gestation reproduisent donc exactement celles que l'on observe chez l'homme. Les mêmes lésions se rencontrent au même niveau, elles se superposent.

Le rapport entre les malformations du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur, malformations obtenues en laboratoire, est semblable à celui que l'on trouve dans la pathologie humaine. On connaît des fissures congénitales de la lèvre et du maxillaire inférieur, elles sont très rares, mais proportionnellement, on rencontre un grand nombre de becs de lièvre supérieurs.

DIAGNOSTIC

-:-

Le diagnostic sera plutôt un diagnostic étio-pathogénique.

C'est un examen et une enquête approfondie qui peuvent nous permettre d'élucider le problème. Il faut :

- 1 - rechercher au moment de l'accouchement les anomalies amniotiques.
- 2 - rechercher une explication valable dans les antécédents héréditaires.
- 3 - rechercher au cours de la grossesse :
 - des troubles de la nutrition
 - des troubles vitaminiques
 - des maladies infectieuses
 - des intoxications diverses
 - des traumatismes.
- 4 - retrouver une tumeur concomitante au niveau de la fissure congénitale.

Le diagnostic différentiel éliminera les fissures acquises :

Au niveau des parties molles :

Les brûlures, surtout par courant électrique. La cicatrice rappelle assez celle des fissures congénitales.

Les fissures par instrument tranchant ou contondant. Les berges de la plaie sont alors bien particulières.

Au niveau du squelette : les fractures. Le trait même s'il était absolument médian, présenterait les caractéristiques que nous connaissons bien.

-:-

TRAITEMENT

-:-

Les considérations d'ordre thérapeutique des fissures de la lèvre inférieure, voire même du maxillaire inférieur se rapprochent assez de celles du bec de lièvre supérieur. Dans ces deux cas il faut faire appel à la chirurgie dans un double but : fonctionnel et esthétique.

Au sujet des becs de lièvre inférieurs, les quelques rares observations qui furent suivies d'interventions nous montrent que ces interventions ont été entreprises à des dates relativement précoces.

Nous disions plus haut que le but était double. Il faut remédier à un trouble fonctionnel, la déglutition, la phonation lorsque la langue est fixée, sont atteintes. Le second trouble est un trouble esthétique. Il entraîne un climat particulier dans l'entourage du petit malade. Il est susceptible de porter atteinte à son psychisme et c'est là, peut-être, que se situe la complication la plus impérieuse de cette malformation.

Pourquoi, lorsque l'enfant est vu à la naissance, a-t-on jusqu'à nos jours opéré aussi précocement c'est-à-dire dans les premières semaines ? La plupart des auteurs pensaient qu'il fallait remédier rapidement aux troubles de l'évolution, afin que celle-ci retrouve dans un temps minimum un cours normal.

Et puis, il faut l'avouer aussi, on est

tenté de vite opérer ces malades, parce que la déformation est disgracieuse et que la famille est souvent l'élément qui va précipiter l'intervention.

Si le but esthétique immédiat est alors atteint, ce sera au détriment de l'avenir.

Il faut condamner l'intervention postnatale.

En face d'un cas de bec de lièvre total c'est-à-dire présentant une fissure labiale, une bifidité et la fixation de la langue et une fissure du maxillaire inférieur, les principes généraux du traitement sont les suivants :

- une première intervention portant sur les parties molles,

- une seconde intervention portant sur le squelette.

A/- Première intervention portant sur les parties molles

- Date de l'intervention :

de six mois à un an.

- analogie avec le bec de lièvre supérieur que l'on n'opère jamais avant six mois.

- But, indication et conduite de l'intervention :

Elle comprend trois temps :

- Premier temps : reconstitution de la lèvre. C'est surtout l'écoulement incessant de salive par la fente labiale qui nécessite-

ra cette intervention.

L'excision des berges sera prudente et faite a minima.

- Deuxième temps : libération et réfection de la langue.

On profite de cette première intervention pour opérer la langue. En effet, la fixation de la langue au plancher buccal ou à la lèvre n'est pas une entrave à la déglutition de la première enfance. Nous connaissons bien actuellement ce mode de déglutition. Dans les mouvements de succion la pointe de la langue ne se porte pas au niveau de la partie antérieure du palais, ainsi que cela se produit au cours de la déglutition de l'adulte.

Nous avons nous-même étudié la déglutition chez un enfant présentant un "cas total". Le malade était nourri au biberon et sa courbe de poids était normale.

Par contre, il est certains cas où l'intervention portant sur la langue devient impérieuse (observation de Lorenzo).

Quant à la phonation nous savons que, chez l'adulte elle ne serait pas défectueuse si on n'intervenait pas avant l'âge de 4 ans.

- Troisième temps : Dissection et résection du tissu fibreux. Ce temps opératoire est indispensable. Il faut disséquer le plus loin possible le tractus fibreux. Il peut s'insérer en éventail sur les deux hémimaxillaires, sur la langue, sur la fente labiale, sur l'os hyoïde et le sternum.

B/- Deuxième intervention portant sur le
squelette :

- Date de l'intervention :

le plus tardivement possible, à l'âge adulte.

- But, indication et conduite de l'intervention :

Aucun trouble de croissance ne justifierait une intervention plus précoce, aucun trouble fonctionnel, phonation, mastication, déglutition, ne résultent de l'indépendance des deux hémimaxillaires.

Cette intervention représente le problème d'une ostéo-synthèse du maxillaire. La présence de dents tangentés à la fente entraînerait leur avulsion.

CONCLUSIONS

.-:-

Les cas de fissure congénitale de la lèvre et du maxillaire inférieur, voire même de la lèvre seulement sont rarissimes. Leur intérêt n'en est pas moins important et il se situe sur le plan clinique, étiopathogénique, embryologique et thérapeutique.

Du point de vue clinique, sa pathologie bien particulière entraîne des troubles divers.

Dans les cas complets des troubles du squelette mandibulaire, des troubles de la déglutition, particulièrement dans les cas où se surajoute une division de la langue ou une réunion de cet organe à la lèvre inférieure. Mais il est à remarquer que chez le nourrisson la fonction de déglutition n'est en rien atteinte temporairement, car dans les toutes premières années de la vie le mode de déglutition est particulier et ne nécessite pas le contact de la langue et du palais.

Des troubles de la phonation, lorsque la langue est soudée au plancher buccal.

Bien entendu, l'esthétique est atteinte.

Des expériences de laboratoire tendant à prouver chez la rate gestante le rôle tératogène de la vitamine A n'ont reproduit que dans deux cas seulement cette malformation faciale rencontrée avec autant de rareté

chez l'homme. Elle prouve que l'hypervitaminose A peut entraîner dans la presque totalité des cas des fentes palatines et dans deux cas seulement donc des fissures au niveau de la langue et du maxillaire inférieur.

Le rapport entre ces lésions des maxillaires et des lèvres supérieure et inférieure semble donc être celui que l'on observe chez l'homme.

Les processus qui tendent au devenir normal du maxillaire et de la langue ont donc une stabilité assez grande et sont moins sujets à perturbation que d'autres processus embryologiques faciaux. Et de ce fait, nous sommes conduits à apporter des conclusions d'ordre étiopathogénique.

Certains auteurs ont incriminé une théorie mécanique, l'hérédité a été envisagée, pourtant l'influence du facteur exogène mérite d'être considérée.

On a vu que cette malformation pouvait être réalisée par l'hypervitaminose A chez l'animal. D'une façon générale, d'après les données expérimentales, il semble qu'il soit intéressant d'assurer un apport vitaminique normal chez la femme enceinte, mais d'un autre côté d'éviter l'hypervitaminose A dans le premier et le deuxième mois de la grossesse. Toute perturbation de l'organisme est d'ailleurs à prévenir à ces périodes.

Du point de vue thérapeutique, il en est de même que pour les becs de lièvre supérieurs.

La meilleure thérapeutique est de libérer la langue et de suturer la lèvre et de repousser le plus loin possible l'intervention

portant sur le maxillaire. Mais pour des considérations diverses, on opère généralement trop tôt pour le premier temps portant sur les parties molles et trop tôt aussi pour le deuxième temps, consacré à la réfection du plan osseux.

Enfin, le pronostic n'est pas a priori défavorable. Ces malades peuvent être actuellement améliorés du point de vue esthétique et fonctionnel par la chirurgie et la prothèse.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
signé : P. LANTUEJOUL	signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

O B S E R V A T I O N S

-:-

OBSERVATION I

(publiée par NIATI, in De labii leporini congeniti natura et origine, 1822).

"Il s'agit d'un enfant de cinq ans environ, bien développé, présentant sur la lèvre inférieure, exactement au niveau de la ligne médiane, une division séparant la lèvre en deux parties bien distinctes, sans cependant mesurer toute sa hauteur. L'os maxillaire était bien conformé et ne présentait pas de trace de fissure."

°°°

OBSERVATION II

(due à F. PETIT, in Thèse de Strasbourg, 1826).

L'auteur rapporte en quelques mots l'histoire d'une dame atteinte d'un bec de lièvre médian congénital de la lèvre inférieure. L'os maxillaire était absolument normal. Mais la difformité labiale étant devenue pour la malade l'occasion d'une déperdition constante de salive et, par suite, de troubles digestifs graves qui l'avaient fortement émaciée, TRONCHIN fut consulté. Il reconnut que le bec de lièvre inférieur était l'origine des troubles digestifs, pratiqua l'opération et guérit complètement la malade.

°°°

OBSERVATION III

(BOUISSON, in Journal de la Soc. Méd. de Montpellier, 1840).

"... J'ai observé une disposition analogue sur un des foetus du Musée Anatomique de Strasbourg... La lèvre inférieure présente dans sa partie moyenne, un sillon assez profond, dont les bords offrent tous les caractères que l'on retrouve ordinairement dans le bec de lièvre, de manière à écarter tout soupçon d'ulcération accidentelle avec cicatrisation isolée des bords. D'ailleurs, l'ouverture buccale de ce sujet est comme découpée en languettes qui attestent que le travail de formation a été irrégulier. La fissure médiane inférieure comprend toute l'épaisseur du bord libre de la lèvre, mais se prolonge à peine sur les faces de cet organe, qui a d'ailleurs peu de hauteur verticale. Le foetus sur lequel j'ai rencontré cette anomalie était à terme et bien conformé sous tous les autres rapports."

Notons que jusqu'à présent les observations publiées démontrent simplement l'existence de la fissure congénitale au niveau de la lèvre seule, sans la moindre participation du maxillaire inférieur. C'est PARISE qui publie le premier un cas très net de bec de lièvre complexe, soit avec atteinte des éléments osseux.

°°°

OBSERVATION IV

(PARISE - 1862)

Nous la citons dans presque tous ses détails, car c'est la première en date que nous possédons d'une façon aussi complète :

"Un nouveau-né de 15 jours me fut apporté au mois de février 1855. Cet enfant né d'une mère dont la santé était très affaiblie et d'apparence tuberculeuse, était lui-même très chétif. Il n'existait dans cette famille aucun vice de conformation analogue à celui qu'il présentait.

La lèvre inférieure est divisée sur toute sa hauteur, sur la ligne médiane. L'extrémité supérieure de la division se continue avec une ligne cicatricielle saillante, large de 3 mm, environ, qui descend sur la ligne médiane du cou, jusque vers la fourchette du sternum ; dans la moitié inférieure, cette sorte de repli est moins prononcée et se perd insensiblement.

Le maxillaire inférieur est divisé en deux parties latérales, réunies sur la ligne médiane par un tissu fibreux, couvert en avant par la membrane muqueuse : ces deux parties ne se touchent pas, un intervalle de 3 ou 4 mm les sépare ; elles sont très mobiles l'une sur l'autre.

La langue est bifide dans toute sa longueur. La fente dirigée d'avant en arrière vers la ligne médiane est considérable ; elle a environ 1 cm et demi de profondeur vers la partie moyenne du dos de la langue ; en arrière, elle diminue insensiblement et cesse à la naissance du repli glosso-épiglottique médian ; en avant, elle divise complètement la partie libre de la langue et sépare les deux bords supérieurs des muscles génio-glosses, lesquels sont notablement écartés. La pointe de la langue est en outre recourbée en bas et fixée à chacun des bords de la division par un repli muqueux très court et très résistant. Ce double repli n'est autre chose que le frein

lingual divisé en deux feuillets latéraux et très raccourci. Les bords de la division linguale sont couverts d'une membrane muqueuse plus rose et plus fine que celle qui couvre la face supérieure de l'organe : l'angle qui résulte de la rencontre de la face supérieure de la langue avec le bord de la division est très marqué.

L'enfant prenait difficilement le sein de sa mère, laquelle n'avait d'ailleurs presque pas de lait. Il était mourant lorsqu'il me fut apporté et succomba à l'âge d'un mois."

Intervention proposée par PARISE :

Premier temps : mobiliser la pointe de la langue et suturer la division.

Deuxième temps : enlever la bride fibreuse intermédiaire aux deux portions du maxillaire, en entamant l'os lui-même, mettre ces deux parties en contact, puis aviver les bords de la solution labiale et réunir par la suture entortillée. L'os eût, sans doute, été maintenu suffisamment par la réunion de la lèvre ; dans le cas contraire, une forte épingle passée profondément sous son bord inférieur, dans les tissus fibreux qui y adhèrent ou dans le périoste lui-même. Peut-être eût-il été très utile d'enlever la bride cervicale dans une troisième opération, plus tardive.

°°°

OBSERVATION V

(LANNELONGUE - Bulletin de la Société de Chirurgie - 1879)

Amélie G... âgée de 2 ans et demi, présentait une lèvre inférieure divisée de façon médiane, la division empiétait sur le cou.

Entre les lèvres de la division s'insinuait une tumeur qui semblait avoir le plan osseux comme point de départ. Cette tumeur, d'après CHEVALLIER, serait une inclusion foetale.

Le maxillaire était divisé sur toute sa hauteur.

Interventions :

6 Janvier 1877 - 3 jours après la naissance. excision de la plus grande partie de la tumeur.

14 février 1877 - excision de la partie restante de la tumeur. Interventions portant sur les lèvres.

A 2 ans $\frac{1}{2}$ - La lèvre inférieure est bien réunie - persistance d'une fistule au niveau du menton permettant un écoulement incessant et abondant de salive.

La division maxillaire est médiane, chaque moitié du maxillaire est mobile.

Deux petites brides réunissent la langue à la face postérieure de la muqueuse des lèvres.

Bride anormale tendue du cou au sternum. Il s'agit d'une bride indépendante de la peau qui glisse au devant d'elle, comparable à une lame aponévrotique très épaisse.

Intervention le 12 juin 1879 :

On désolidarise les deux hémilèvres inférieures.

On rugine les extrémités des deux moitiés , du maxillaire ; extraction de deux incisives et de germes dentaires qui bordent la ligne médiane.

On taille les extrémités maxillaires au ciseau et on suture les deux plans osseux et muqueux.

Le 26 juin :

L'enfant meurt.

L'autopsie fait apparaître une broncho-pneumonie double très étendue. Tous les autres organes sont normaux.

°°°

OBSERVATION VI

(Edward HAMILTON, in Journal of Medical Sciences, 1881).

L'enfant , atteint d'un pied-bot varus congénital, présentait en même temps une division médiane de la lèvre inférieure. Cette fissure comprenait environ le tiers de la hauteur de la lèvre. Les deux bords étaient de la même coloration rouge que le bord normal des lèvres. Les angles libres ne présentaient pas le tubercule arrondi que l'on observe communément dans la fente congénitale de la lèvre supérieure.

Les bords furent avivés suivant le procédé habituel et réunis par la suture entortillée. Résultat très satisfaisant.

Au point de vue des antécédents héréditaires, il est intéressant de noter que l'on

trouve d'autres cas de bec de lièvre ordinaire dans la famille du petit malade.

Cette observation doit retenir notre attention, car elle met en évidence le rôle de l'hérédité. Ce rôle qui est admis par la plupart des auteurs de la fin du XIXème siècle, était pourtant nié par d'autres (BRUNS).

HAMILTON a pu établir l'existence de plusieurs becs de lièvre ordinaires chez les ascendants. Ce point est très intéressant, car il prouve que de génération en génération le bec de lièvre s'accroît au lieu de diminuer.

°°°

OBSERVATION VII

(THORNDICKE, in Med. and surg. rep. of the City Hosp. of Boston, 1882).

... Il s'agissait d'un cas très rare... Le malade présentait une fissure congénitale de l'os maxillaire inférieur et des parties molles, fissure qui s'étendait jusqu'à l'os hyoïde qu'elle intéressait. Les dents ne présentaient aucune anomalie. La pointe de la langue non bifide, avait contracté des adhérences avec les parties voisines. Par la fente médiane, la salive s'écoulait abondamment jusqu'à la poitrine.

Le Dr THORNDICKE commença par libérer complètement la langue de ses adhérences. Dans un deuxième temps, il réséqua deux lamelles osseuses sur chaque moitié du maxillaire ; il fit ensuite la suture aux fils d'argent. Il procéda de la même façon pour les parties molles. Le résultat obtenu fut excellent.

°°°

OBSERVATION VIII

(WOELFLER, in Arch. für Klin. Chirurg. Berlin, 1890)

"Le 25 Avril 1887, notre collègue, le Dr. KAUTZNER, présentait à la Société des médecins de Styrie un garçon nouveau-né de M.S., de GRATZ, affligé d'une difformité rare de la face. L'enfant était né le 4 avril et avait pu, avec quelque difficulté, il est vrai, boire peu de temps après la naissance. Le 27 Avril, j'eus l'occasion, grâce à l'obligeance, du Dr. KAUTZNER, d'examiner l'enfant de plus près. J'ai constaté sur la face les anomalies suivantes :

J'ai remarqué au milieu de la lèvre inférieure, une fissure qui la divisait en deux moitiés ; ces deux moitiés paraissaient unies par une légère cicatrice fortement engagée dans la cavité buccale, au point qu'elle était à peine visible.

Cette cicatrice prenant naissance au niveau de la lèvre inférieure, descendait vers la partie médiane de la région du cou, jusqu'à la hauteur du sternum, où elle était cependant moins profonde qu'à la lèvre et au menton. On pouvait donc se rendre compte, sans plus de recherche, que la cicatrice du cou ne correspondait qu'à une solution de continuité de la peau, n'intéressant pas les organes profonds. Nous avons donc affaire à une fissure médiane de la lèvre, fissure dont les bords irréguliers avaient, par leur réunion, produit cette cicatrice.

Le maxillaire inférieur présentait aussi un vice de conformation particulièrement digne d'intérêt. On voyait les deux moitiés de cet os, appuyées l'une contre l'autre et parfaite-

ment mobiles et reliées entre elles par du tissu lâche. Les bords inférieurs des deux fragments se soudaient en formant une sorte de petite pointe au milieu du menton.

Dans les mouvements de succion et pendant les cris de l'enfant, on se rendait parfaitement compte de l'extrême mobilité des deux moitiés du maxillaire ; lorsque la bouche était ouverte, ces deux moitiés formaient un angle incliné vers le bas et ouvert du côté de la cavité buccale. Si l'on saisissait les deux fragments, on ne pouvait les faire glisser en bas vers le cou, qu'à l'endroit de la cicatrice. Ils ne pouvaient être attirés en haut que très faiblement.

L'état de la langue était encore plus remarquable. Sa partie antérieure était fendue suivant la longueur en deux moitiés dont les mouvements étaient assez limités ; elles se rencontraient en effet à leur face inférieure, en formant à la partie médiane une cicatrice large d'à peu près 2 à 3 mm, cicatrice qui allait se perdre sur le plancher de la bouche. Le doigt étant introduit dans la cavité buccale, on avait l'impression que la base de la langue ne présentait pas de solution de continuité, qu'elle avait sa constitution normale et se déplaçait assez facilement.

On ne constatait aucune anomalie du côté de la lèvre supérieure".

Opération le 18 octobre. Section de la cicatrice de la lèvre inférieure, ainsi que du pont fibreux qui réunissait les deux fragments du maxillaire.

- Points de suture pour rapprocher les deux moitiés de la langue.

- Réunion osseuse aux fils d'argent en mars 1888. Résultat excellent au niveau de la langue.

Au niveau de la suture osseuse il y avait une rétraction des parties molles, aussi le 4^e avril : incision de la peau au niveau du menton et nouvelle réunion des bords de la plaie. Plus tard, on s'aperçut mais d'une façon peu apparente, une rétraction dans la région du menton".

°°

OBSERVATION IX

(Dr. RENARD - Thèse de Battesti 1919)

Enfant âgé de deux ans qui présentait :

- Division médiane de la lèvre inférieure sur toute sa hauteur, s'arrêtant un peu au-dessous du menton. Dans l'intervalle de séparation les tissus sont pâles d'aspect cicatriciel.
- Division complète du maxillaire inférieur, les deux moitiés sont indépendantes et peuvent chevaucher l'une sur l'autre.
- La langue n'est pas bifide, le frein est très court, elle est adhérente au plancher.
- Les deux incisives voisines de la division sont mal développées et petites.
- Par ailleurs on n'observe aucune autre anomalie.
- Aucune malformation n'est retrouvée dans la famille.

Intervention :

La langue est libérée de ses adhérences au plancher de la bouche. On sectionne les tissus de la ligne médiane. Résection de chaque côté d'une partie du tissu osseux. Réunion aux fils d'argent.

On avive les bords de la division labiale et on suture.

La réunion s'effectue sans incidents. Le résultat obtenu est excellent.

Cette observation est celle d'un bec de lièvre pur, c'est-à-dire sans complication du côté de la langue sans bride cicatricielle de la région du cou.

°°

OBSERVATIONS X, XI, XII, XIII

KEITH - Mendonado por Brophy - T.W. Oral
Surgery 559-195.

Mentionne le cas de Mac Cormick, appartenant au Musée de Saint-George's Hospital.

MORTON et JORDAN - Arch.Surg. 30 : 647 1935.

Décrivent la malformation présentée par une fillette de 6 mois. Il s'agissait d'une fente médiane du maxillaire inférieur, de la lèvre inférieure, du plancher de la bouche, la face antérieure du cou et le tiers supérieur du sternum.

SACKS S. - South African M. J. 15.34.1941

A observé une malformation congénitale complexe dans laquelle à la fente du palais

s'associe une difformité du maxillaire.

KAZNJIAN - VH. Plast y Reconstruct. Surgery
6.62.1950

A vu un cas de fente médiane de la lèvre
et du maxillaire inférieur.

°°°

OBSERVATION XIV

(LEHRFELD - Westdeutsche Kieferklinik - 1934)

".. Un homme qui présentait une division typique du maxillaire inférieur. La division partait du rouge de la lèvre inférieure vers le bas de façon médiane jusqu'au dessous du bord marginal du menton. Il y avait un sillon large et profond avec une large défectuosité de l'os dans la région du menton. Les deux moitiés du maxillaire pouvaient être mobilisées l'une contre l'autre. Les dents existaient en nombre normal. La division était couverte superficiellement de poils de barbe. Par ailleurs, cet homme ne présentait aucune anomalie. La cicatrice de la ligne médiane du cou n'était pas comme on pouvait le supposer la cicatrice d'une division congénitale des arcs, mais provenait d'une plaie de trachéotomie.

°°°

OBSERVATION XV

(SCHIEGNER - 1937)

"Division congénitale du maxillaire inférieur chez un homme de 30 ans. La division est complète ici, une soudure de l'os entre les deux arcs du maxillaire inférieur n'existe plus. La bouche étant fermée, il y a donc

un sillon partant du milieu de la lèvre inférieure jusqu'à la région de la trachée. La lèvre inférieure est divisée, dans le milieu du menton le sillon est d'une profondeur d'environ 15 mm. Au-dessous du menton le sillon disparaît presque complètement pour ne redevenir visible que dans la région de la trachée. Les deux parties du maxillaire inférieur sont fortement mobiles l'une sur l'autre. Par exemple la rangée gauche des dents peut être refermée, alors que la droite reste ouverte, de même on peut exécuter d'autres mouvements indépendants. Le frein est à peine perceptible, la langue peut être à peine soulevée. Il n'y a pas de trouble de la phonation et de la nutrition. Il y a une prothèse au maxillaire supérieur et au maxillaire inférieur manquant d. 1,2 et g. 1,2. On n'a pas constaté d'autres anomalies."

°°°

OBSERVATIONS XVI, XVII, XVIII

(SANVENERO-ROSSELLI - PALMER Section de Chirurgie plastique de Milan - 1956).

"L'enfant était âgé de 5 ans quand il s'est présenté à la clinique. Un large sillon médian traversait toute la partie rouge de la lèvre inférieure, continuant sur tout le maxillaire inférieur qui était fortement aplati. Il y avait le nombre normal de dents, mais elles étaient toutes déformées. Le maxillaire supérieur était fortement bombé en avant. Une division traversait partiellement le palais. La pointe de la langue était également divisée et en la tirant elle déviait vers la gauche. On pouvait également constater un raccourcissement de la division interdigitale entre les 2ème, 3ème, 4ème et 5ème doigts de la main gauche."

Division de la pointe de la langue, la division passant en un sillon profond sur le dos de la langue jusqu'à la base de la langue. A l'examen du maxillaire inférieur, on constatait une mauvaise réunion des deux moitiés du maxillaire inférieur qui eux-mêmes étaient normalement constitués et contenaient un nombre normal de dents. Il y avait une fossette peu profonde sur le menton".

"Cas sub-total avec fissure occulte du maxillaire chez un nouveau-né mort aussitôt après la naissance, qui présentait des malformations multiples (méningo-encéphalocèle postérieur, malformation des membres, etc... pas de fissure palatine".

°°°

OBSERVATION XIX

(Vigil Lorenzo, Revue espagnole de Pédiatrie, 1956).

Cette observation est vraisemblablement la plus intéressante que nous ayons pu rencontrer. Elle réunit en effet absolument toutes les malformations qui peuvent se produire aux dépens du premier et même du deuxième arc branchial. Nous la citons sous sa forme intégrale :

"M.M.G. d'Oviedo. Enfant nouveau-né, de sexe féminin d'une première grossesse gémellaire, les parents sont jeunes et sains et sans antécédents remarquables. L'autre enfant mâle est complètement normal. Le poids de naissance a été respectivement de 2 kg 600 et 3 kg 500. La fillette présente une malformation congénitale qui affecte la langue, la lèvre et le maxillaire inférieur, le plancher de la bouche et la face antérieure du cou.

La langue est fissurée dans toute sa longueur, quoique dans sa portion postérieure, il semble qu'il existe une zone de 1 mm, dans laquelle les deux hémilangues se réunissent, de sorte que la glotte a un jeu normal et que les fosses glosso-épiglottiques ont une configuration parfaite. La face interne des deux moitiés de la langue possède une muqueuse d'aspect complètement normal, par leur dessous chaque hémilangue adhère à la fente de la lèvre inférieure et de chaque côté de la fente du plancher de la bouche et du cou.

La lèvre inférieure est complètement fendue dans sa partie médiane. Comme il manque aussi la partie médiane du maxillaire inférieur, on voit par cette fente toute la cavité buccale. La muqueuse labiale recouvre chaque moitié d'une façon symétrique et se termine dans le bas au niveau d'une saillie rouge et humide qui correspond à l'orifice d'abouchement du canal de sténon. Hors de la muqueuse, il y a une peau normale.

Les deux moitiés du maxillaire inférieur se palpent à travers la muqueuse et les téguments, parce qu'il n'existe pas de véritable bord alvéolaire. La séparation existant entre les deux mamelons osseux est de quelques 3 cm. Ces mamelons donnent l'impression d'être franchement hypoplasiques. Au cours des mouvements de la langue vers l'avant, on apprécie une certaine autonomie dans chacune de ses moitiés. Chaque moitié pousse les mamelons maxillaires qui sont mous et ceux-ci à leur tour poussent vers l'avant et à l'extérieur l'hémilèvre correspondant, à la façon d'une porte dont les gonds se trouveraient sur une ligne verticale qui passe par la commissure. Les essais de rapprochement des mamelons maxillaires déter-

minent l'apparition de symptômes asphyxiques, dont l'origine est dans la propulsion vers l'arrière des deux moitiés de la langue.

Le plancher de la bouche qui peut se voir parfaitement dans toute son extension est déformé par l'aplasie régionale des deux côtés, les muscles semblent être conservés ; mais ce n'est que sur la ligne médiane qu'il y a une plaque d'un tissu mou et très macéré qui prolonge jusqu'au milieu l'extrémité des mamelons osseux des maxillaires.

La face antérieure du cou participe également à la malformation. On perçoit dans toute son extension jusqu'à quelques mm au-dessus de la fosse sus-sternale, l'absence de peau et la séparation en deux moitiés des structures les plus superficielles. L'aplasie de la face antérieure du cou a une forme triangulaire à sommet inférieur et dont la base est prolongée par la malformation du plancher de la bouche. Le larynx, le corps thyroïde, l'os hyoïde et les muscles sus et sous-hyoïdiens sont normaux. L'organe de l'ouïe semble normal, du moins dans son aspect externe. Dans le reste du visage et du corps, on n'a pu remarquer aucune autre malformation".

- Pas d'infection à virus, pas de carence exogène ou d'intoxication exogène ou endogène.

Cette grossesse fut suivie d'une seconde grossesse. Enfant du sexe féminin, né à terme, présentant un appendice digitiforme avec un noyau cartilagineux et une ébauche d'onglé, doigts unis par une tige effilée du côté cubital de la lère phalange des auriculaires des deux mains.

L'auteur soupçonne une étiologie héréditaire ou germinale.

La troisième grossesse se termina au 3ème mois par un avortement sans motif apparent.

Ces lésions entraînaient une incapacité fonctionnelle qui nécessita l'alimentation par sonde nasale. Tous les essais précédents longues tétines, compte-gouttes étaient infructueux.

Peu à peu la mobilité de la langue s'est affaiblie. Le fait était dû sans doute à la macération des malformations entraînées par la salive.

On assiste à une "quasi-infection" des trompes d'Eustache et de l'oreille moyenne.

L'intervention étant devenue une nécessité, on opère, mais malgré la pénicilline l'enfant meurt le 10ème jour à la suite d'une pneumonie par inspiration.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

°°

OBSERVATION XX (inédite)

(due à l'obligeance de P. PETIT - Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 1954).

Enfant âgé de 6 mois.

16 septembre 1954 :

La lèvre inférieure est fendue sur toute sa hauteur et cette fente semble correspondre à une aplasie médiane. L'aplasie se continue sous forme d'une dépression médiane sur la face antérieure du menton.

Il existe une encoche médiane du rebord alvéolaire inférieur et deux brides réunissent les berges cutanées aux berges alvéolaires. Le frein de la langue est large et court continuant l'encoche alvéolaire.

La pointe de la langue est anormale ébauchant deux lobes latéraux séparés par un sillon large et peu profond. Le frein médian est un peu large.

Pas d'autres anomalies linguales ou alvéolaires inférieures évidentes. L'arcade alvéolaire supérieure est apparemment normale.

Il existe une ébauche de bec de lièvre simple à la lèvre supérieure marquée à gauche par une dépression cutanée verticale et une encoche de la ligne cutanée muqueuse ; marquée à droite par une simple encoche de la ligne cutané-muqueuse.

La voûte palatine est large mais déprimée le voile est court, la luette minuscule est bifide, le pharynx semble étroit et sillonné par des reliefs verticaux.

Anomalie des lobules des oreilles, coloboma bilatéral de la pupille. A droite surface exulcérée de 3 à 4 mm de large, au cou.

Il s'agit d'un 3ème enfant, les deux précédents sont normaux, grossesse normale (hémorragie à 6 semaines). Accouchement normal à terme, aucune maladie infectieuse.

Aucune malformation connue dans la famille.

Opération le 22 mars 1955.

Cheiloplastie médiane.

- Incision avec résection de la partie médiane épidermisée de la fissure.
- débridement vestibulaire bilatéral.

Reconstitution.

- Suture musculaire tantale 4/10
- suture cutanée et muqueuse à la soie fine.
- suture vestibulaire au catgut.
- allongement du frein de langue qui est épais.

Le 13 juillet 1955 :

très bons résultats esthétiques
très bon vestibule inférieur.

Le 27 juin 1956 :

micrognathie supérieure marquée par un articulé inverse à droite.
bonne lèvre inférieure.

Août 1957 :

Hospitalisation pour poliomyélite avec atteinte du tronc et des membres inférieurs.

Cette observation est intéressante du fait que cet enfant présentait un bec de lièvre inférieur et une ébauche de bec de lièvre supérieur.

En admettant que l'arrêt du développement se soit produit à la même époque, les malformations observées sont à deux stades différents, un premier degré pour la lèvre supérieure, un second degré pour la lèvre inférieure. C'est donc bien que la lèvre inférieure se forme plus tôt que la lèvre supérieure.

OBSERVATIONS XXI et XXII (inédites)

(dues à l'obligeance du Dr. RECAMIER et Dr. M. FLORENTIN - 1950).

Monique F. née le 8 Avril 1950 présente :

- fente médiane de la lèvre inférieure en V,
- absence de coalescence du maxillaire inférieur dont les deux moitiés sont indépendantes et mobiles séparément,
- une langue enlisée jusqu'à la pointe avec gouttière médiane,
- un bloc fibreux intercalé entre les deux moitiés du maxillaire adhérent à la face inférieure de la langue et se continuant à la région cervicale par une corde mento-sternale, faisant saillie dès que l'on redresse la tête.
- De plus, une masse bilobée du volume de deux cerises pédiculées, au niveau du trou borgne apparaissant dans la bouche, lorsque l'enfant crie, puis retombant dans le pharynx en gênant la respiration.

Interventions :

3 Juillet 1950 : imposée par les troubles respiratoires.

- .. ablation de la masse pédiculée, après vérification histologique de sa nature (tissu graineux),
- libération de la langue,
- mise en contact par un fil de bronze des deux extrémités osseuses, après résection du tissu fibreux interposé.
- .. reconstitution sans difficulté de la lèvre inférieure.

1957 :

- Ablation plus complète de la bride fibreuse cervicale qui maintenait le maxillaire en retrait. (L'ostéosynthèse insuffisante n'a heureusement pas tenu, car les deux hémimaxillaires atrésiés, dans la partie antérieure, donnent un articulé déplorable quand ils sont mis en contact).

- L'indépendance des deux moitiés de maxillaire ne gêne en rien la mastication ou la phonation.

o

Marie- José V...

née le 2 juillet 1955 avec une malformation double.

- un demi-nez en tube à droite avec une malformation des os propres du nez de ce côté,
- une fente médiane de la lèvre inférieure,
- une fente complète du maxillaire inférieur,
- une langue bilobée,
- une corde mento-sternale aussi marquée que dans le cas précédent.

Interventions :

12 novembre 1955 :

- Libération de la langue et reconstitution de la lèvre après dissection et résection du tissu fibreux, s'interposant entre les deux hémimaxillaires.

11 Janvier 1956 :

- On commence à traiter la malformation nasale.

o°o

OBSERVATION XX (inédite)

(due à l'obligeance du Professeur LANTUEJOUL-Clinique Tarnier - 1957)

26 novembre 1957

- née ce jour, poids 3 kg 680 - placenta 600 grammes, taille 50 cm.

- accouchement naturel à terme, s'effectuant normalement, enfant criant aussitôt.

- La lèvre inférieure présente un large sillon médian sur toute sa hauteur, l'aplasie se continue jusqu'au niveau du bord marginal du menton. Ce sillon est large et profond. Les angles de la division sont arrondis et présentent un petit lobule.

La langue est bifide dans son tiers antérieur, scindée au plancher et ses deux extrémités se prolongent par des brides qui contourment les berges alvéolaires pour se terminer sur les lobules situés aux angles des berges labiales. Les deux lobes latéraux sont séparés par un sillon assez profond. Le maxillaire inférieur est complètement divisé, les deux moitiés du maxillaire réunies par un tissu fibreux sont très mobiles l'une sur l'autre. Elles sont distantes de 3 à 4 mm.

Au niveau des angles de la division apparaissent les germes dentaires.

La voûte palatine est plus déprimée que normalement.

Par ailleurs, cet enfant ne présente aucune autre malformation.

La nutrition s'effectue en un temps plus

long. Cet enfant est nourri au biberon et sa courbe de poids est normale.

A l'examen, il présente des trémulations supérieures à la normale. Le réflexe cutané plantaire ainsi que le Grasping sont normaux. Il ne présente pas de réflexe à la marche.

Il s'agit d'un deuxième enfant, le précédent est normal, la grossesse fut normale, sans maladie infectieuse.

Nous n'avons retrouvé dans la famille aucune malformation.

LEGENDES DES PHOTOS

- :-

En haut à gauche :

Observation XXI
M.F. Hôpital St-Michel

En haut à droite :

Observation XXII
M.J.V. Hôpital St-Michel.

En bas et à gauche :

Observation XX
Hôpital St-Vincent-de-Paul.

En bas et à droite :

Observation XXIII
A.N. Clinique Tarnier.



BIBLIOGRAPHIE

-:-

APFELSTADT

Über den heutigen Stand der genetischen
Fragen der Gaumen und Gesichtsspalten
D.M.F.Z. 1911

BATTESTI

Contribution à l'étude du bec de lièvre
médian inférieur
Thèse 1909 Paris

BERTAUX

Inclusion congénitale complète de la
langue dans le plancher buccal avec
malformation du maxillaire inférieur
Revue orthop. 1924 II 151-153

BOUISSON

Des fissures congénitales des lèvres
Jour. Société Médecine de Montpellier 1840
Dictionnaire Encyclopédique des sciences
méd.
(art. bec de lièvre t. VIII 1868 p. 640
Tribut à la chirurgie T. II p. 861

BOYER

Traité des maladies chirurgicales
4ème édit. VI p. 188

BRAITHWAITE et WATSON

A report on three unusual cleft lips
Brit. Journal of Surgery 1949 vol. II
N° 2-38

BRINDEAU, LANTUEJOUL, CHAPPAZ

Des malformations d'origine amniotique
Semaine des Hôpitaux 26 septembre 1952

BROCA

Vices de développement de la face
In Duplay et Reclus

BRODIE

Some recent observation on the growth
of the mandibule
Angl.ortho-dentis 10 63 1940

CLARA

Entwicklungsgesichte des Menschen

COURONNE

Annales cliniques de la Soc. de Méd.prat.
de Montpellier 1819 p. 107

CRAUSTE

Contribution à l'étude des divisions
congénitales de la langue
Thèse Bordeaux 1901

CRUVEILHIER

Traité d'anatomie pathologique générale
T. I p. 197

DAVIS

Congenital deformities of the face
Surgery, Gynecology and Obstetrics 1935
61 201-209
Medical cleft of lower lip and mandibule
Plast.Reconstr.Surgery Juillet 1950 6 :
62-67

DEBIERRE et LAMBERT

Rôle des arrêts de développement de l'am-
nios et des brides amniotiques dans la
production des monstruosité s
Journal d'Anatomie 1894

DECHAUME

Précis de Stomatologie - Masson Paris
1949

DESPRES

Des divisions congénitales des lèvres
Thèse de concours Paris 1841

FITZ WILLIAMS

The tongue and its disease
London (Wilford 1927)

FORGUE

A quel âge faut-il opérer le bec de
lièvre ?
Gaz. Hebdomadaire de Méd. et de Chirurgie
1898 N° 11 page 124

GEOFFROY ST. HILAIRE

Traité de tératologie 1832-1837
Dictionnaire classique d'Histoire Natu-
relle (Art. Monstruosités t. XII
page 149)

GILIS

Précis d'Embryologie

GIROUD

Précis d'Embryologie

GIROUD et BOISSELOT

Société de stoma. Française
17 juin 1948

GIROUD et MARTINET

Malformations de la face et hypervita-
minose A
Revue de Stomatologie tome 57 p. 454-
463 1956

GUENIOT

Adhérences et brides amniotiques comme
cause de malformations foetales
Gaz.des Hôpitaux 1882 page 109

HAMILTON

Congenital deformity of the lower lip
Dublin Jour.Med.Sc. 1881 3ème série
LXXV

HAMILTON et BOYD

Human embryology 1944

HAYM

Seltene fetale Hemmungsbildungen im
Gesichtsbereich Stoma
1952 Bd III

KAZNJIAN

Plast y Reconstruct.Surgery 6 62 1950

KEITH

Mencionado por Brophy T.W. Oral Surgery
559 1915

KIRMISSON

Traité des affections congénitales
pages 94 et suivantes
Manuel de pathologie externe Tome II
1903

LANNELONGUE

Affections congénitales. Fissure de la
lèvre inférieure - bec de lièvre infé-
rieur
(Asselin et Houzeau 1891) D. 438 p.364
Cas de bec de lièvre médian et complet
de la lèvre inférieure
Bulletin de la Soc. de Chirurgie 1879
Nouvelle série t. V 617-625

LAROCHE

Dissertation sur les monstruosités
de la face
Thèse Paris 1823

LEHRFELD

Über seltene Formen von Gesichtsspal-
ten
Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift
38 Jahrg. 1935 n° 39

LEPOIVRE

Anomalies cranio-dento-faciales
Masson

LORENZO

Gnathosquises inferior
Rev.Espa.ped. janvier-février 1955
11.93 -98

MACE

Bulletin de Soc. d'Obstétrique et Gyné-
cologie 1906 9 311

MECKEL

Lehrbuch d.pathol.Anatomie Bd 1 S.548

MORTON et JORDAN

Median cleft of lower lip and mandibule
cleft sternum
Arch.Surg. 1935 30 647-656

NICATI

De labii leporini congeniti natura et
origine 1822 Amsterdam

OMBREDANNE

Chirurgie infantile, p. 407

ORBAN

Histology and Embryology
The C.V.Mosby Company 1953 page 196

PARISE

Observation d'un bec de lièvre médian
de la lèvre inférieure compliqué de
division de l'os maxillaire inférieur
et de bifidité de la langue
Bulletin Général de Thérapeutique 1862
LXIII 269-271

PAPILLON-LEAGE, PSAUME

Dysmorphie des freins buccaux -
Actualités odonto-stomatologiques
Une malformation héréditaire de la mu-
queuse buccale. Généralités
Revue de Stomatologie N° 4 p. 209 avril
1954

PATTEN

Human Embryology 1950

PETIT

Dissertation inaugurale sur le bec de
lièvre - Strasbourg 1826

POLITZER, WEIZENBERG

Normale und abnorme Unterkiefermitte
Deutsche Zahnärztl. Zeitschrift Heft 11
1955

RABAUD

L'atavisme et les phénomènes tératolo-
giques
Rev. scient. Paris 1903 XX 129-138

RECAMIER, FLORENTIN

Deux cas de fente congénitale de la
lèvre et du maxillaire inférieurs s'ac-
compagnant de brides fibreuses cervico-
maxillo-labio-linguales
Communication à la Soc. de Chirurgie
Plastique et Reconstructive Paris 17 1
1958
Semaine des Hôpitaux - Chirurgie Plastique

ROBINSON

Deformities and anomalies of faces.
Plast.Reconstr.Surgery Juillet 1947 2
379-384

ROSENTHAL

Zum Problem der Spaltbildungen
Deutsche Stomatologie Janv. 1954 4 N° 1
1-3

ROUVIERE

Traité d'Anatomie

SACKS S.

South African M.J. 15 34 1941

SANVENERO-ROSELLI

La divisione congenita del labbro et
del palato 1934

SANVENERO-ROSELLI, PLONER

Considération sur la division médiane
de la lèvre inférieure
Fortschritte der Kiefer- und Gesichts-
chirurgie Tome II 1956

SALZER

Ein Fall von medianer Unterlippenkieferspalte
Zeitschr. für Heilkunde Bd XXIII

SCHWALBE

Die Morphologie der Missbildungen des
Menschen und der Tiere 1913

STEWART

Congenital median cleft of Chin
Arch. of Surgery 1935 31 813

THORNDICKE

- Med and Surg.Rep.Boston City Hosp.
1882 d'après Zentralblatt für Chir.
1882

TRAUNER

Lippen-Kiefergaumenspalten, Mund und
Kieferchirurgie Bd. II

VEAU et RUPPE

Bifidité de la langue par brièveté du
frein.
Arch. de Med. des Enfants février 1921
et Revue de Stomatologie 1921 23 mars
N° 3 165-167

VEAU

Anomalies d'anatomie pathologique N° 6
p. 609

WASMUND

Chirurgie de la bouche et de la face.

WOLFLER

Zur Casuistik der medianen Gesichtsspalt-
te (Arch. für klin. Chirurgie Berlin
1890 XI 795-805)

WYNM-WILLIAMS

Division cervicale médiane congénitale
Brit. I Plast.Surgery juillet 1952 5
N° 2 87-93

ZSCHIEGNER

Fissure congénitale de la mandibule
Zahnärztliche Rundschau - année 1946
N° 45 novembre 1937 page 1956-1977

SERMENT

--:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--:-

